Beitrag zur Bedeutung der Kontaktallergie bei der klinischen Diagnose „Analekzem"

Magdalene van Rinsum

1962

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546826_0067

AUS DER DERMATOLOGISCHEN KLINIK UND POLIKLINIK
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Direktor: Prof. Dr. A. Marchionini

Beitrag zur Bedeutung der Kontaktallergie bei der klinischen Diagnose „Analekzem"

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Magdalene van Rinsum
aus Steimbke

München 1962

A. Schubert, München 5, Corneliusstr. 21 · Telefon 221777

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Referent:	Privatdozent Dr. H. J. BANDMANN
Korreferent:	Professor Dr. A. MARCHIONINI
Dekan:	Professor Dr. A. HERRMANN

Tag der mündlichen Prüfung: 6. 11. 1962

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
I.	EINLEITUNG Literaturübersicht und Problemstellung	5
II.	MATERIAL UND UNTERSUCHUNGSGANG	16
III.	ERGEBNISSE	21
IV.	BESPRECHUNG DER ERGEBNISSE	32
V.	ZUSAMMENFASSUNG	34
VI.	LITERATURVERZEICHNIS	35
	LEBENSLAUF	38

I. EINLEITUNG

Literaturübersicht und Problemstellung

Das Analekzem ist ein keineswegs seltenes Leiden. Es kann in jedem Alter auftreten und weist eine Häufigkeitszunahme bis ins höchste Alter auf. Seiner Lokalisation wegen ist das Leiden schwer zugänglich und entsprechend der Struktur des Gewebes dieses Körperteiles schwierig zu erfassen. Hier berühren sich die Schleimhaut des Darmes, der Schließmuskel und die drüsenreiche Haut des Analringes.

Vermehrte Schweißabsonderung, Zirkulationsstörungen durch raumbeengende Prozesse im Beckenraum, Oxyuren, Obstipation und besonders Hämorrhoiden spielen bei der Pathogenese des Analekzems eine wichtige Rolle. Solche Faktoren können nicht immer ganz behoben werden und bei der Therapie treten nicht selten Unverträglichkeitserscheinungen auf.

Dabei kann es sich um eine örtlich und zeitlich begrenzte Intoleranz gegen die Arzneimittel oder um eine Allergie handeln. Um Kontaktallergie handelt es sich, wenn Arzneimittel bei dazu geeigneten Patienten eine Sensibilisierung der Haut hervorrufen. Solche Stoffe sind sogenannte Kontaktallergene.

Nach HANSEN (1957) (12) [1] können sie nur dann sensibilisierend wirksam werden, wenn die Fettschutzschicht der Haut zerstört ist durch mechanische Reibung, Einwirkung von Fettlösungsmitteln oder Verseifung der Hautfette infolge Alkaliwirkung, die von dem Antigen selbst ausgeht oder aber artifiziell vorausgeschickt sein kann. Eine weitere Bedingung ist, daß ein genügend langer oder häufig wiederholter Kontakt erfolgt.

Kontaktallergene sind körperfremde, meist kleinmolekulare Substanzen, die keine bisher realisierbare humorale Antikörper bilden, aber schon in geringsten Mengen bei Sensibilisierten Reaktionen unter dem Bild eines Ekzems hervorrufen. Aufklärung über diese Stoffe erfolgt nach W.S. SCHNEIDER und H. WAGNER (1959) (21) in 76 % der Fälle durch die Läppchenprobe nach JADASSOHN und BLOCH.

Der Begriff der Allergie ist von VON PIRQUET geprägt worden (1903-1908). BONNEVIE (6) spricht in seiner "Aetiologie und Pathogenese der Ekzemkrankheiten" noch von Idiosynkrasie und von Idiosynkrasigenen (1939) und will die Allergie spezialisieren.

Nach HANSEN (1957) (12) sind aber alle Antigene Allergene und ist Allergie (R. DOERR 1951) (7) gleich Idiosynkrasie. Ebenso ist Atopie (A.F. COCA) gleich Allergie und die Immunität unterscheidet sich von der Allergie nur dadurch, daß sie dem Körper nützt, während die Allergie schadet.

H. IPPEN (14) befaßt sich in einem Vortrag anläßlich des 5. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für die Aesthet. Medizin, Wien 1960, mit der "Chemie der Allergene". Er sagt:

---

[1] vgl. VI. Literaturverzeichnis Seite 36 unter der gleichen Ziffer.

Als Allergie bezeichnet man einen Zustand, in dem ein Organismus im Gegensatz zum Normalen auf die verschiedensten Stoffe mit verschiedenen mehr oder weniger spezifischen Erscheinungen reagieren kann, wobei die Konzentration dieser Stoffe weit unterhalb der normalerweise schädigenden Konzentration liegt. Eine solche Reaktion basiert auf dem Zusammentritt der als Antigen bezeichneten Noxe mit körpereigenen Antikörpern, deren Bildung durch das Antigen veranlaßt wurde. Die Verbindung zwischen Antigen und Antikörper vollzieht sich nicht nach den Gesetzen einfacher chemischer Stoffe als Addition, Substitution und einfacher Salzbildung, sondern absorbtive Einzelkräfte, wie Wasserstoffbrücken und polarisationsbedingte Ladungsdifferenzen spielen hier eine Rolle. Daraus ergibt sich, daß nicht nur die Antikörper, sondern auch die Antigenmolekel von einer beträchtlichen Größe sein müssen. Der Widerspruch zu der oft nur geringen Größe vieler als Antigene bezeichneten Verbindungen erklärt sich daraus, daß solche Stoffe im Körper vor ihrer Reaktion einer Umsetzung mit körpereigenen (unspezifischen) Eiweißen unterliegen und erst dadurch zu Antigenen werden. Diese Stoffe werden als Haptene bezeichnet (LANDSTEINER 1936) (16).

Daraus ergibt sich, daß z.B. ein geradkettiges Paraffin, das weder stärker polarisierbar, noch zur Ausbildung von Wasserstoffbrücken fähig ist, kaum wirken kann, während ein ungesättigtes Ringsystem mit polaren Substituenten sowohl zur Vollantigen-Bindung, als auch zur späteren Bindung an die spezifischen Gruppen des Antikörpers sehr viel leichter in der Lage ist.

Es gibt aber auch Antigen-Antikörperbindungen, die durch Nebenvalenzkräfte zustandekommen, die im üblichen Formelbild gar nicht zur Darstellung gelangen. Dazu gehören die Elektronenladungen und Atomvolumen der Antikörper. So erklärt es sich, daß oft chemisch eng verwandte Körper, wie die Sulfonamide und das Marfanil in ihrer Fähigkeit zu sensibilisieren trotz ihrer Ähnlichkeit in der chemischen Struktur so auffällig differieren. Das Marfanil hat eine sehr viel stärkere elektrische Ladung des stickstoffhaltigen Restes in 4-er Stellung, als die anderen Sulfonamide. Außer diesen Elektronenladungen und dem Atomvolumen spielen noch andere in der chemischen Formel nicht erkennbare Dinge mit bei der Entstehung der Antikörper z.B. das Licht. Dafür bringt IPPEN das Beispiel der Photo-Allergie. Phenothiazen-Derivate, die als Photo-Allergene bekannt sind, bilden bei der Bestrahlung einer wässerigen Lösung blaue Farbstoffe. Photoallergische Sulfonamide, also Verbindungen mit ganz anderer Struktur liefern beim Belichten ebenfalls blaue Farbstoffe. Photoallergische Erscheinungen scheinen ausschließlich von jenen Verbindungen zu erwarten zu sein, die eine entsprechende Verfärbung beim Belichten zeigen. Die Mitwirkung des Lichtes ermöglicht also die Heranziehung eines exakt erfaßbaren zusätzlichen Faktors.

Im Falle der p-Aminoverbindung scheinen fermentative Oxydationen eine Rolle zu spielen.

Wahrscheinlich führt die Erforschung der Nebenvalenzkräfte dazu, neue Verbindungen durch in-vitro-Testung auf ihre allergische Reaktion zu prüfen und die

Einführung eines nahezu obligaten Allergens zu verhindern.

H. W. SPIER (22) unterscheidet in einer Abhandlung: "Zur Pathogenese des allergischen Kontaktekzems" (1919, mit zahlreichen Literaturangaben) 5 Stufen des Entstehungsmechanismus des allergischen Kontaktekzems:

1. Die Ekzem-Allergene, offenbar Haptene, kleinmolekulare chemisch definierbare Substanzen von Nichteiweißcharakter werden durch Inhaltsstoffe der oberen Hautschichten zu Vollantigenen komplettiert. Welche Bestandteile der Haut hierbei reagieren, ist noch nicht geklärt (Proteine? Mucopolysaccharide?). Auch andere körpereigene Komponenten, nicht nur Hautbestandteile können das Hapten zu Vollantigen vervollständigen.
2. Gelangen die Ekzemallergene auf dem Lymphwege in die Lymphknoten,
3. in die Plasmazelle,
4. die antikörpertragenden Lymphozyten seien für die Sensibilisierung verantwortlich.
5. Neuerlicher Antigenkontakt führe zum allergischen Kontaktekzem, einer allergischen Reaktion vom Spättyp, deren biologische Verwandtschaft zur Tuberculinreaktion unterstrichen wird.

In dem Standardwerk: "Allergie" 1957 stellt HANSEN (12) auf Seite 138 eine Kontaktregel auf: Die Reaktion des sensibilisierten Organismus vollzieht sich zunächst und im wesentlichen an der Berührungsstelle mit dem Allergen (die durch Betasten erreichbaren Allergene: perkutane Allergene, z.B. beim Analekzem). Als Beispiel dafür ist von einer Kakaobutterallergie die Rede (Analsuppositorien S. 218). Er erwähnt auch, daß sogar bei nutritiven Antigenen Analekzem als Kontaktekzem auftreten kann (S. 238).

A. W. ENGELHARDT (9) hat in der "Münchner Medizinischen Wochenschrift" 1960 eine Abhandlung über: "Das allergische Kontaktekzem in seiner Bedeutung zur Praxis und Klinik" veröffentlicht. Er berichtet über 582 Fälle von Kontaktekzem, die in der Zeit von 1950 bis 1958 an der Universitätshautklinik Marburg beobachtet wurden. Bei 49, 5 % der Fälle entwickele sich das Kontaktekzem bei vorher hautgesunden Personen, in 33, 6 % verursachte der Kontakt mit Therapeutika, Berufsstoffen, Kosmetika bei "Ekzematikern" ein zusätzliches allergisches Kontaktekzem, bei 16, 9 % als Folge externer Therapiemaßnahmen bei "Nichtekzematikern". Eine Tabelle gliedert nach Berufssubstanzen, Therapeutika usw.: In 40 % Berufsstoffe, 4, 8 % Haushaltsallergene, 46, 0 % wurden durch die Therapie hervorgerufen, 7, 4 % durch Kosmetik und Bekleidung, 1, 7 % durch andere Ursachen. Eine große Übersichtstabelle läßt die Häufigkeit der einzelnen Allergene und der Gruppenallergene ablesen.

Über epikutane Sensibilisierung und Kontaktekzeme durch häufig verordnete Medikamente berichtet STREMPEL (1954) (23). Wenn er auch das Analekzem nicht eigens erwähnt, so gelten seine Ausführungen auch dafür. Er sagt: Von den häufig extern angewendeten Medikamenten führen Anaesthesin, Mercurol, Penizillin,

Pellidol, Rivanol, Sulfanilamide und Antihistaminika am häufigsten zu Überempfindlichkeitsreaktionen in Form von Kontaktekzemen. Trotz der sensibilisierenden Tätigkeit könnten Rivanol, Pellidol und antihistaminhaltige Externa verwendet werden, wenn die Behandlungsdauer einen Zeitraum von etwa 8 Tagen nicht überschreitet. Auf Penizillin und Sulfonamide könne in der externen Therapie verzichtet werden.

SUTTON (24) berichtet 1949 über Kontaktdermatitis ganz im Sinne der heutigen modernen Therapie. Er will die Krankheit durch Fernhalten der auslösenden Agentien heilen. Bei Dermatitis würden Wasser, reine Luft, Cellulose, Vaseline bei der Behandlung vollkommene Sicherheit bieten. Nach Abheilung solle der Patient die früher zur Therapie benutzten Mittel wieder gebrauchen, dann würde sich das schädliche Agens herausstellen. Mit Hauttesten komme man schneller zum Ziele. Eine moderne Therapie wird m.E. von vornherein mit Hauttesten arbeiten, weil man sich scheut, das schädigende Agens ein wiederholtes Mal anzuwenden.

Für das Analekzem gilt sinngemäß das, was H.J. BANDMANN (2) in seiner Abhandlung über "Neuere medikamentöse und berufliche Kontaktallergene" sagt (1960): Ekzematogene sind Heilmittel, die zu Allergenen geworden sind und anstatt ein Leiden zu mindern, neue hervorrufen oder das alte verschlimmern. Das sind vor allem Lokaltherapeutika, obwohl Ekzeme auch hämatogen ausgelöst werden können. Sicher würden viele Mittel lokal nur nicht "vertragen", z.B. Vaseline. Er sagt: Gegen Vaseline gibt es keine Allergie. Eine Ausnahme zur o.a. Definition bilden falsch zusammengesetzte Mittel und Rheuma- oder Venenentzündungssalben, welche naturgemäß reizen. Selbstverständlich können diese auch als Allergene wirken.

W. DOHN (8) hat 1960 eine Abhandlung über "Kontaktallergene gegen Antibiotika" veröffentlicht. Er sagt: Bereits 1944, also 2 Jahre nach der Penizillinbehandlung überhaupt, seien die ersten Berichte über Kontaktallergien gekommen, z.B. ein Arzt habe eine Kontaktdermatitis nach Vorbereitung von Penizillininjektionen bekommen. Wahrscheinlich seien die Ballaststoffe schuld, z.B. Chrysogenin oder der zur Verätzung gebrauchte Alkohol oder das Kaliumjodid. Das Sensibilisierungsvermögen von Salben sei größer als das von wässerigen Lösungen oder Pudern.

Umfangreiches Material zum Studium der sekundären Kontaktallergene findet sich in dem bereits erwähnten Standardwerk von BONNEVIE (6) "Ätiologie und Pathogenese der Ekzemkrankheiten" (1939). Er hat in 3 Jahren 3500 Patienten behandelt und vom 1. Januar 1934 bis 20. März 1935 1673 Ekzeme getestet. Wenn auch die anogenitalen Ekzeme dabei nur 2-3 % ausmachen, so kann doch an Hand der Roten Liste 1961 festgestellt werden, daß 72 % der für Analekzem angegebenen Medikamente Kontaktallergene enthalten, die bei BONNEVIE als solche erkannt worden sind. Kontaktallergien bei Analekzem werden in der Literatur erst ab 1949 erwähnt.

KNIERER (1947) (15) deutet an, daß es bei der Behandlung von Analekzem Salben gibt, die auf die Dauer fast immer reizen. Auch "hygienische" Maßnahmen würden oft zur Verschlechterung führen (Seife, desinfizierende Flüssigkeiten).

In dem Standardwerk von HANSEN (12): "Allergie" (1957) wird auf Seite 224 über ein Kontaktallergen bei Analekzem berichtet (Apfelsinenschalen). Das Seidenpapier, aus dem die Apfelsinen herausgepackt waren, wurde als Klosettpapier verwendet.

Im Handbuch der Dermatologie und Venerologie von GOTTRON und SCHÖNFELD Band III, Teil I (4) behandelt BÖHM (1959) den analen Symptomenkomplex. Ätiologisch komme für diesen Komplex in Frage: Oxyuren, Ekzeme, Neurodermitis, Psoriasis, Lichen ruber, Obstipation, Stoffwechselkrankheiten, Dysbakterien, Neurasthenien etc.. Vor allem aber sei die Hämorrhoidalvarikose, die auch ohne schwerere Symptome, wie Blutungen, Thrombose oder Prolapse, vorliegen kann, das häufigste ätiologische Prinzip für die Entstehung der Analfissur, des Analpruritus und des Analekzems und schließlich hartnäckiger, schmerzhafter Zustände in der Beckenregion (ausstrahlende Schmerzen). Bei der Pathophysiologie des Rectums spiele der Analschweiß eine große Rolle. Der ph-Wert betrage nicht selten 6,2 bis 7,0. Die Unterbrechung des "physiologischen Säureschutzmantels" (MARCHIONINI)begünstige eine Reihe mikrobiell oder parasitär verursachter Krankheitsprozesse. Es entstehe ein circulus vitiosus von Obstipation und Incontinenz, Stauung, Reflexhemmung - Obstipation usw..

Bei der Dermatologentagung 1948 in Hamburg hielt BÖHM (5) einen Vortrag über "Die Behandlung des pruriginösen Analkomplexes". In der Aussprache zu diesem Vortrag erwähnte MARCHIONINI Analpruritus und -ekzem komme in der Türkei und anderen Ländern mit muselmanischer Bevölkerung höchst selten vor, wahrscheinlich wegen Verwendung des Hockabortes und Reinigung durch Waschungen nach der Defäkation anstelle von Papierbenutzung (mechanische Reizung).

HOWARD HAILY (13) berichtet 1949 über 520 Patienten mit Ekzemen der Anal- und Vulvaregion. Es handele sich um keine eigene Krankheit, sondern um das subjektive Symptom eines Ekzems.

Er unterscheidet:

1. eine Überempfindlichkeit oder Allergie mit indirekter Auslösung (Zusammenhang mit Asthma, Heufieber, Urticaria, Migräne, Arthritis, Sinusitis, Pyelitis, Zystitis und Colitis);
2. direkt und auslösend Chemikalien (Drogen und Kosmetika), Kleidung, Hämorrhoiden, die Ernährung, Hitze, Schwitzen, Reibung, ferner athmosphärische Einflüsse und Aufregungen.

Kontaktallergene würden unter seine Ziffer 2 fallen.

1953 erscheint eine Abhandlung über "Pruritus anogenitalis" von H. MUSAPH und PRAKKEN (18). Sie betonen, daß eine umfassende Allgemeinuntersuchung notwendig sei. Als materia peccants erwähnen sie Filzläuse, anogenitallokalisierte Hautleiden wie Pruritus, Scabies, Lichen ruber, Psoriasis, Ekzem. Bei Hautver-

änderungen, die bei anderer Lokalisation keinen Juckreiz ausüben, wie Condylomata lata, Fisteln, Fissuren, müsse man den Einfluß der Mazeration und Zirkulationsstörungen (Hämorrhoiden) in Rechnung setzen. Die häufigste Hautveränderung sei das Ekzem. Zur Ätiologie und Pathogenese kämen in Betracht: Mykosen (Oidiomykosen machen keine Ekzeme), Hefen (bei Diabetes!), Aureomyzintherapie, auch Kontaktekzeme (Toilettenpapier, Irrigationsmittel, Antikonzipientia, Kondome, Unterwäsche, Waschmittel, Nagellack), bakterielle Infektionen und psychische und toxische Ursachen. Bekannt ist eine toxische Istizindermatitis, die durch den Bestandteil Cignolin verursacht werden kann (IPPEN 1960) (14).

FEREIRA-MARGUES (10) veröffentlichen 1953 eine Abhandlung: "Zur Auffassung und Therapie des Pruritus ani idiopathikus". Der Pruritus ani sei ein physiopathologisches Syndrom der Circumanaldrüsen. Es handele sich um eine Stoffwechselstörung der Hautdrüsenorgane, welche durch Vitamin A reguliert werden könne. Es sei ein Kranz von haarlosen Talgdrüsen und apokrinen Schweißdrüsen vorhanden, die das circumanale Hautdrüsenorgan bilden. Ähnliche Hautdrüsenorgane fänden sich in der Axilla und im äußeren Gehörgang. Auffallend sei die vermehrte Feuchtigkeit der Regio ani.

Auf diese vermehrte Feuchtigkeit in der Analgegend weist G.L. WALDBOTT (27) hin als Grund für die Lösung von Stoffen, die sonst harmlos sind. Er hat 1953 in dem Buch "Kontaktdermatitis" seine in 30-jähriger Erfahrung beobachteten Fälle zusammengestellt. Bei der Kontaktdermatitis hänge der Erfolg der Kur weitgehend von der Entdeckung der Ursache ab und seine "pattern of dermatitis" - durch einen bestimmten Gegenstand hervorgerufen - gaben den zuverlässigsten Aufschluß.

Bei den Ekzemen in der Analregion hat er beobachtet, daß bei der Entleerung des Darmes mit den Faeces Nahrungsreste ausgeschieden werden, die Analpruritus verursachen. Giftiger Efeu, der zur Behandlung von Pflanzendermatitis eingenommen wurde, war die Ursache für Analekzem. Walnußöl wurde durch Läppchenprobe (patsch test) als Quelle von Kontaktdermatitis in der Analregion entdeckt. Das Öl anderer Nußarten hatte keinen krankmachenden Einfluß. Sicherlich gäbe es noch andere Nahrungsreste, besonders Fettsäuren, als Krankheitsursache. In den letzten Jahren hätten oraleingenommene Antibiotika Pruritus ani verursacht. Dabei handele es sich augenscheinlich um eine richtige Kontaktdermatitis. Bei Erkrankungen der Haut in der Analgegend seien Toilettenpapier, besonders farbiges, viele Arten von Mitteln für Einläufe, Suppositorien, die Kakaobutter enthalten, und die Hartgummidüsen der Klistierspritzen als Urheber der Ekzeme entlarvt worden. Salben gegen Hämorrhoiden und andere krankhafte Zustände am After seien Quellen für Dermatitis dort. Als Differentialdiagnose müsse an allergische Reaktion auf Parasiten gedacht werden, die in der Analgegend lokalisiert sind. Die Feuchtigkeit, die meistens dort herrsche, gäbe einen begünstigten Boden für Pilzerkrankungen. Manchmal sei auch eine Pilzerkrankung auf eine primäre Kontaktdermatitis aufgepfropft. Körperpuder, Ingredienzien für

Bäder (Salze, Öle) und Parfums müßten berücksichtigt werden, ebenso auch eingenommene oder eingespritzte Medikamente, sowie Industrieerzeugnisse, wie Öle oder chemischer Staub. Wo Schweiß erzeugt würde, gäbe es ausgedehntere Erkrankungen der Haut.

Zur Erforschung des Pruritus ani gibt WALDBOTT folgende Untersuchungsreihe an:
Beachtung anderer Leiden, der Parasiten und der Erscheinungsform und Verteilung der Läsion,
Rectoskopie und proctoskopische Untersuchung,
Biopsie und Schmiermittel,
Röntgen der unteren Eingeweide um maligne Prozesse auszuschließen,
diagnostische Klistierspritzen gegen Würmer,
Salben gegen Pilzerkrankungen und Bakterien,
Kultur von Pilzen und Bakterien,
Urin auf Blut und Zucker untersuchen wegen Diabetes,
Läppchenproben,
intracutane Hautproben.

Im Hinblick auf den Kontakt seien zu beachten:
Hartgummi-Klistierspritzen, Toilettenpapier, Seifen, Suppositorien, oral eingenommene Antibiotika und Pflanzenöle, viele Drogen, besonders Medikamente, von Nahrungsmitteln solche, die Öle und Fette enthalten. Auch Nüsse oder Eiweiße, wie Fisch könnten dazu gehören. Ohne Zweifel sei oft Alkohol verantwortlich. Manche betrachten Kaffee, andere Kakao als alltägliche Ursache.

Dermatitis im Analbereich unterscheide sich von Dermatitiden an anderen Körperstellen:

a) Durch die dauernde Beschmutzung bei der Entleerung der Fäkalien und bei dem Abgehen von Gasen sei Gelegenheit für zusätzliche Reizung durch schädliches Material aus den Fäces gegeben, z.B. Spaltprodukte von Nahrungsmitteln, gewisse Enzyme, ganze Nahrungspartikel, Fettsäuren, Drogen und Farben, die in Nahrungsstoffen enthalten sind. Ferner sorgten Bakterien und Pilze für dauernde Beschmutzung der lädierten Haut.
b) Die Anorektalgegen enthält ein ausgedehntes System von Schweißdrüsen. Der Schweiß hat hohen Eiweiß- und Kohlehydratgehalt. Die große Feuchtigkeit verursache die Lösung vieler sonst harmloser Stoffe, wie z.B. der Farben der Kleidung. Im Schweiß gelöst könnten sie Ursache für sekundäre Kontaktekzeme sein.
c) Aus manchen Gründen sei der Juckreiz in dieser Hautgegend sehr viel schlimmer als anderswo. Dadurch seien die Kratzeffekte größer. Eine Verschmutzung durch die Finger, an denen Nagelpolitur und Zigarettenschmutz etc. haftet, komme dazu.

Der Patient und auch der Arzt würden jedes Mittel versuchen, das sich ihnen bietet, den quälenden Juckreiz zu beheben. Unglücklicherweise seien gerade diese

Mittel vielfach sensibilisierend: gewisse Desinfektions- und lokal anästhesierende Mittel und Antihistaminika. Oft blieben chirurgische Maßnahmen die letzte Hoffnung der verzweifelten Opfer. Schlaflosigkeit, Ermüdung, Ängstlichkeit und Nervosität würden sich einstellen. Es sei ein unglückseliger Fehler, den nervösen Zusammenbruch der Patienten als Ursache der Krankheit anzusehen, den Patienten selbst für die Heilung verantwortlich zu machen und ihn zu einem Psychiater zu schicken.

Zusammenfassend heißt es:
Im Hinblick auf die Vielfalt der Ursachen des Pruritus ani müsse die Behandlung in 2 Richtungen einsetzen:

1. Vermeiden oder Ausheilen der zugrundeliegenden Krankheiten, bei denen der Pruritus ein Symptom ist,
2. Maßnahmen treffen zur Behebung und Kontrolle des eigentlichen Pruritus.

Zu 1. gehöre Behandlung durch einen Proctologen, infizierte Krypten austrocknen, Fissuren, Rectalprolapse und Fisteln behandeln, Hämorrhoiden entfernen. Wo spastische Verstopfung oder Diarrhoe oder ein gereiztes Kolon für den Juckreiz verantwortlich sei, müsse der Internist ausheilen. Bakterien oder Pilzinfektionen oder Würmer müßten bekämpft werden.

Zu 2. Äußerste Sorgfalt beim Entfernen von Spuren von Fäces, Vermeiden des Kontaktes mit der erstmaligen Ursache, sowie aller Stoffe, die fähig sind sekundär zu reizen, Lokalmaßnahmen zur Behandlung der Dermatitis, allgemeine Maßnahmen. Zum Schluß muß auf den Wert der lang anhaltenden Injektionen von Anästheticis und der nervendurchschneidenden Operationen geachtet werden.

Viele Fälle von therapieresistentem Pruritus ani könnten durch peinlich genaue Reinlichkeit völlig geheilt werden. Zu keiner Zeit sollte auch nur die kleinste Spur von Kot in der Analgegend zurückbleiben. Paradox ist, daß die gebräuchlichsten Reinigungsmittel, Seife und Toilettenpapier strickte vermieden werden müßten. Schwefelverbindungen und andere Bestandteile des Klosettpapiers wie auch die Reizung durch das Reiben des Papiers in dieser empfindlichen Gegend verschlimmerten die Erkrankung der Haut. Schon kurzer Kontakt mit der Seife könne dem Patienten größtes Unbehagen und intensiven Juckreiz für Tage verursachen.

Für die Analgegend stellt WALDBOTT folgende Ekzem verursachende Agentien auf:

Shorts
Contraceptives
Money belt
Sanitary belt
Toilet seat; leather seat
Toilet tissue
Bathing trunks
Leather belt
Rubber belt inside of pants
Panties
Girdle
Diapers

Suspenders
Lining of pocket
Garten clasp
Douches
Substances transmitted by hands
Poison ivy
Perfums
Condoms
Articles in the pocket:
Matches
Cigarette ligther
Tobacco
Key case
Substances in enemas
Garters
Suppositories
Anticonceptive jellies
Pessaries
Vaginal suppositories
Desodorants
Disinfectants of thermometer
Match box
Coins and other metallic objects
Wallet

Eine Liste von Arzneistoffen, die reizen oder sensibilisieren, hat WALDBOTT dem Buch: SCHWARTZ und TULIPAN: "Occupational diseases of the skin" Philadelphia, Lea and Febiger, Sept. 1939, entnommen:

Aconie
Ammonia
Ammonium chloride
Amyl nitrate
Anesthesin
Antimony
Apinol
Apiol
Aristol (thymol iodide)
Arnica
Atropine
Avertin
Balsam of Peru
Barium salts
Belladonna
Benzoic acid
Benzoin
Benzol
Bloodroot
Bromine
Butesin picrate
Butyn
Camphor
Camphorated chloral
Cantharides
Capsicum
Chaulmoogra oil
Chloral hydrate
Chlorine
Chloroform
Chromium trioxide
Chrysarobin
Cinchophen
Citric acid
Cocaine
Codeine
Colchicum
Copper sulphate
Creosote
Croton oil (Oleum tiglii)
Delphinium
Digitalis
Ephedrine
Epinephrine (adrenalin)
Ergot
Ether
Ethyl alcohol
Ethyl chloride
Ferric chloride
Flax

Formalin
Glacial acetic acid
Glycerine
Guaiacol
Heroin
Hexylresorcinol (caprokol)
Hyoscyamine
Ichthiol (sulphonated bitumen, contains 10 % sulphur)
Iodine
Iodides
Iodoform
Iodol
Ipecacuanha
Juniper
Larkspur
Lobelia
Lysol
Menthol
Mercury
Mercurochrome
Merthiolate
Metaphen
Methyl alcohol
Methyl salicylate
Morphine
Mustard
Naphthol
Nicotine
Nitric acid
Nitroglycerine
Novocaine (procaine)
Novol
Nupercaine
Oil of wintergreen (methyl salicylate)
Oil of anise
Oleum tiglii (croton oil)
Orris root
Orthoform
Opium
Paraldehyde
Pennyroyal
Peroxide of hydrogen
Phenol (escharotic)
Physostigmine
Picric acid
Pilocarpine
Podophyllin
Potassium mercuric iodide
Procaine hydrochloride
Pyrogallol
Quinine sulphate
Quebracho (aspidosperma)
Resorcin
Saligenin
Salicylic acid
Sanguinaria
Scarlet red
Silver nitrat
Sodium chloride
Stovaine
Strychnine
Stypticon (cotarnin chloride)
Sulphur
Tansy
Tartar emetic
Thallium
Thymol (thymic acid)
Trichloracetic acid
Turpentine
Trinitrophenol
Uva ursi
Viburnum
Yohimbine
Zinc sulphate

Einen Beweis für die Häufigkeit und Hartnäckigkeit des Analekzems bringen ALEXANDER und MANHEIM 1955 (1) in einem Aufsatz über "Die Wirkung von Hydrokortisonsalben bei Pruritus ani". Von 29 Patienten, deren Pruritus ani mindestens 6 Monate, durchschnittlich aber 10 Jahre, ja manchmal sogar 30 Jahre bestand, seien 26 nach 3 mal täglich Hydrokortisonsalbe geheilt, davon mußten 23 die Salbe dauernd täglich einmal auftragen. Nur 3 Patienten blieben auch nach Absetzen der Salbe geheilt. Das ist auch heute noch die allgemeine Therapie bei Analekzem.

J. L. FROMER (11) schreibt 1955 eine Abhandlung über "Dermatologische Auffassung und Behandlung des Pruritus ani":
25 % der Fälle von Pruritus ani würden auf Anorektalstörungen beruhen, 10 % auf Systemerkrankungen, 65 % auf Hautkrankheiten, von denen 45 % der idiopathischen Form des Pruritus ani angehörten. Mehrere Faktoren könnten mitwirken, um eine juckende Dermatitis zu unterhalten. Sensibilisierung der Epidermis während der Behandlung, Änderung des ph-Wertes der Haut, Einwanderung von Bakterien oder Pilzen, allergische Reaktionen, Schweißretention, psychosomatische Einflüsse. Durch ACTH-Gaben i.v. könne Juckreiz und Kratzen durchbrochen werden. Die Therapie sei: Beruhigungsmittel, Spasmolytika, diätetische und hygienische Maßnahmen.

PAYÁ DIAZ (19) berichtet 1954 von einem Fall von chronischem Ekzem, hervorgerufen durch Bakterium coli, Enterokokkus und Fäkalis alcaligenes: ein 30-jähriger Mann hatte seit 8 bis 9 Jahren ein Analekzem. Die Laboruntersuchungen und Hauttestungen konnten nicht zur Klärung der Genese beitragen. Zudem war das Leiden therapeutisch nicht zu beeinflussen. Bei der intrakutanen Testung wurden auch Bakterium coli, Enterokokkus und Fäkalis alcaligenes-Keime geprüft. Allein diese 3 Tests waren stark positiv. Nach Vaccine-Therapie und Penizillin-Vaseline unter Zinkoxyd- und Serumzusatz Besserung. Dazu wäre zu bemerken, daß für die Kontaktallergene des Analekzems eine intrakutane Testung abgelehnt werden muß.

An den Bericht von PAYA DIAZ klingt der von BECKER im Jahre 1955 an (3). Er habe einen Behandlungserfolg bei sich selbst erzielt durch Waschung nach Defäkation und Substitutionsbehandlung mit lebenden Coli-Bakterien (colifer) 3 Wochen lang. Da bei gleichzeitig bestehender Obstipation - es treten oft noch Fissuren auf - der Juckreiz sich verschlimmere, müsse durch Klistiere und Einläufe für Stuhlgang gesorgt werden. Das Darmmilieu sei Anreiz für Juckreiz und Ekzembildung.

Daß ein sekundäres Analekzem durch Antibiotika entstehen könne, berichtet FR. VOGEL 1959 (25) in einer Abhandlung über: "Gallenstoffwechsel und Pruritus ani". In der Abhandlung heißt es: Nach oraler Verabfolgung von Antibiotika trete gelegentlich Analpruritus auf. Idiopathischer Analpruritus hänge nicht mit Bilirubin oder Urobilinogen zusammen, sondern mit den Antibiotika.

J. L. MARUGAN (1960) (17) hat 42 Fälle von Kontaktdermatitis bei der Behandlung von Anorektalerkrankungen beobachtet. Die meisten waren durch Salben mit Sulfonamiden hervorgerufen, an zweiter Stelle standen Penizillinsalben, dann kamen Mittel für Lokalanästhesie, Terramycin usw. Durch Weglassen dieser Mittel klangen die Erscheinungen gewöhnlich ab. Sulfonamid- und Penizillin-Ekzeme sind selten geworden, da die Behandlung vielfach durch neuere Antibiotika erfolgt. Chloramphenicol in Salbenform wirke weniger sensibilisierend.

In gleicher Weise wie BÖHM erwähnt RICHTER (1959) (20), daß Marchionini die Waschung der Analgegend bei den Türken als Grund für das Fehlen von Analekzemen angibt. In der Analgegend fehle der natürliche Schutz des Säuremantels der Haut und sich dort festsetzende Fäkalien böten ein optimales Wachstum für viele Bakterien und Pilze. Durch die Waschungen, die mit der linken Hand ausgeführt würden, sei die Übertragung von Wurmkrankheiten eher gegeben, da trotz der Waschung der Hände die Oxyureneier bei dem großen Befall der Bevölkerung mit Oxyuren nicht restlos entfernt würden.

G. WAGNER (1959) (26) betont die Häufigkeitszunahme der Analekzeme bis ins höchste Alter: Scheuerekzeme durch Jucken der Hämorrhoiden oder Lichen simplex oder Psoriasis der Analfalten. Gewerbeekzeme treten vorwiegend im mittleren Lebensalter, relativ spät, jenseits des 40. Lebensjahres auf, so bei den graphischen und bergmännischen Berufen, den Berufen der Gesundheitsfürsorge und Körperpflege, der Landwirte und Maschinisten. Bei älteren Leuten träten viel häufiger trockene Schuppung und stärkerer Juckreiz auf: "dry skin dermatitis". Vitamin A und B werden empfohlen, häufigere heiße Waschungen und fettfreie Salben sollen vermieden werden.

Aus der Literatur geht eindeutig hervor, daß das Studium der Kontaktallergene für die Behandlung des Analekzems unentbehrlich ist.

II. MATERIAL UND UNTERSUCHUNGSGANG

Da die Behandlung der proktitischen Erkrankungen zumeist mit den Heilmitteln geschieht, die in der "Roten Liste" angegeben werden, wurde aus dieser alles herausgesucht, was darauf Bezug hatte. Die dort angegebenen Bestandteile der Medikamente deuten zum Teil bereits auf Allergene hin, die seit BONNEVIE (6) hinlänglich bekannt sind (siehe Tabelle 1: Auszug aus der "Roten Liste" 1961).

Danach wurde ein spezieller Block von Läppchenproben zusammengestellt, der bei verdächtigen Fällen zur Testung benutzt wurde (siehe Tabelle 2: Analekzemblock).

Die Ablesung der Testreaktionen erfolgte nach 24, 48 und 72 Stunden:
Als einfach positiv (+) wurde ein Erythem angemerkt;
als zweifach positiv (++) das Auftreten von vereinzelten Papeln und Vesikeln;
als dreifach positiv (+++) das Erscheinen von dichtstehenden Papeln und Vesikeln.

Gab der Analblock positive Ergebnisse, wurde weitergetestet mit einer sogenannten Standardreihe (siehe Tabelle 3) und einer sogenannten Paragruppenreihe (siehe Tabelle 4), die eine Aufschlüsselung der P2-Salbe (siehe Tabelle 3) darstellt.

Im Laufe des Jahres 1961 wurden 38 Patienten mit der klinischen Diagnose "Analekzem" getestet, von denen 18 positiv reagierten.

Tabelle 1
Auszug aus der "Roten Liste" 1961

Name	Verabreichungsform		Potentielle Ekzematogene
Alcos-Anal	Salbe	Suppos.	
Alferm	Salbe	Suppos.	
Bismolan	Salbe	Suppos.	Perubalsam, Menthol, Procain, Ephedrin
Claudemor	Salbe	Suppos.	Perubalsam, p-aminobenzoic.
Cortos-Anal	Salbe	Suppos.	
Corti-Postafen	Salbe		
Cycloven	Salbe	Suppos.	Hamamelis
Drainaven	Salbe	Suppos.	Hamamelis
Ecomytrin	Salbe		Salbengrundlage
Ficortril	Salbe		
Fissan-Haemorrhoidal-Salbe	Salbe	Suppos.	Hamamelis
Häbrusan	Salbe	Suppos.	Menthol, Ephedrin
Hädensa	Salbe	Suppos.	Menthol
Haemalgor	Salbe	Suppos.	Hamamelis, Perubalsam Benzocain
Haemocura	Salbe	Suppos.	Menthol
Haemofides		Suppos.	Menthol, Hamamelis, p-aminobenzoesäure, Rad. Rathaniae
Haemonox	Salbe	Suppos.	Perubalsam, p-aminobenzoesäure, Aminosäure
Hämophyll		Suppos.	p-aminobenzoesäure, Menthol, Perubalsam
Haemoricet	Salbe	Suppos.	p-aminobenzoesäure, Procain
Haemorrhoid		Rectiole	Triaethanolamin morrhuic.

Name	Verabreichungsform		Potentielle Ekzematogene
Haemorrhoidal Boxberger	Salbe	Suppos.	Hamamelis, Perubalsam, Procain, p-aminobenzoesäure
Hämos	Salbe		Menth. camphor.
Hämova	Salbe	Suppos.	Hamamelis, Menthol, Perubalsam, p-aminobenzoesäure
Hamadest	Salbe	Suppos.	Hamamelis
Hamadest. compos.		Tropfen	Hamamelis, Arnica
Hamamelis-Präparat "Truw"	Salbe	Tropfen	Hamamelis
Hametum	Salbe	Suppos. Extrakt	Hamamelis
HC-Serol	Salbe		
Hepaderm	Salbe		
Hermanal	Salbe	Suppos.	Menthol, Campher
Hexamon	Salbe	Suppos.	Menthol, p-aminobenzoesäure
Hydrocort		Suppos.	
Incortin-H	Salbe		
Ipheca	Salbe	Suppos.	Campher, Jod, Phenol
Jatamansin		Tabl.	
Laxoval		Suppos.	Perubalsam, p-aminobenzoesäure
Lentia	Salbe		
Lubritex	Salbe	Suppos.	
Lyssia	Salbe		Perubalsam, Hamamelis
Medicrucin		Pulver	Neomycin, Streptomycin
Memento		Suppos.	Menthol, Perubalsam, Benzocain
Mitin-Anästhesin	Salbe	Puder	p-aminobenzoesäure
Myco-Sagitralin		Paste Puder	Formalin
Neohexamon	Salbe	Suppos.	Ephedrin
Nohäsa	Salbe	Suppos.	Campher, Menthol
Nupercainal	Salbe	Suppos.	Nupercain
Okavena	Salbe	Suppos.	Hamamelis, p-aminobenzoesäure
Owege		Suppos.	p-aminobenzoesäure

Name	Verabreichungsform		Potentielle Ekzematogene
Panthesin	Salbe		p-aminobenzyol
Pedopur	Salbe	Suppos.	Perubalsam, p-aminobenzoesäure
Philonin	Salbe	Suppos.	Perubalsam, Cupr. jod. sulf.
Placenta		Serol	
Plesiocid		Lösung	
Posterisan	Salbe	Suppos.	
Pruriderm	Salbe		
Rectamin	Salbe	Suppos.	Hamamelis, p-aminobenz., Menthol, Procain
Rectanorm	Salbe		Perubalsam, Hamamelis, p-aminobenzoesäure
Rectosellan	Salbe		Menthol, Hamamelis, Campher
Recto-Serol		Serol	Hamamelis, Perubalsam, Formaldehyd
Retterspitz-Heilsalbe	Salbe		
Roha		Suppos.	Perubalsam
Rowatanal	Salbe	Suppos.	p-aminobenzoesäure, Menthol
Rusmasal	Salbe	Suppos.	Hamamelis, Perubalsam
Salus-Öl		Öl	
Salusveno		Suppos.	Folia Hamamelis, Arnika
Sana-Salbe		Salbe	Kresol
Sandosten + Calcium-Sandoz		Salbe	Ephedrin
Dr. Scheller Hämorrhoiden-Salbe	Salbe		Menthol, p-aminobenzoesäure, Perubalsam
Scheriproct-Salbe	Salbe	Suppos.	
Scheroson F	Salbe	Lotio	
Dr. Sidler-Neosiwalin	Salbe		Menthol, Hamamelis, Campher, p-aminobenzoesäure
Soledum Hämosalbe	Salbe		
Solocuran	Salbe	Suppos.	Menthol, p-aminobenzoesäure
Ulcrurisan	Salbe		Perubalsam
Unguentum haemorrhoidale "Dahami"	Salbe		Hamamelis, p-aminobenzoesäure

Name	Verabreichungsform		Potentielle Ekzematogene
Unguentum herbale			
Obermeyer	Salbe		
Varyx-Salbe	Salbe		Perubalsam, Phenol, Arnika
Veinogene		Suppos.	Perubalsam, p-aminobenzoesäure
Venogal	Salbe	Suppos.	p-aminobenzoesäure
Venophyll	Salbe		
Venostasin	Salbe	Suppos.	
Venotonic	Salbe	Suppos.	Hamamelis, Oleum cacao
Venotrulan	Salbe	Suppos.	Hamamelis
Xeroform		Puder	Wismuttribromphenolat
Xanyl-Salbe	Salbe		

Tabelle 2
Analekzemblock

Anaesthesin (Euc.)	5,0 %
Menthol (Euc.)	1 %
Perubalsam (Euc.)	3 %
Extr. Hamamelis (Euc.)	5 %
Campher	1 %
Kakaobutter (pur.)	
Streptomycin (Euc.)	1 %
Chloramphenicol (Euc.)	1 %
Neomycin (Euc.)	1 %
Tinct. Benzoes. off. (alkohol.)	10 %
Phenol (wässrig)	0,5 %
Tinct. Jodi (alkohol.)	1 %

Tabelle 3
Standard-Reihe in Eucerin anhydr.

P2-Salbe	
Pellidol	2 %
Terpentin	10 %
Hydrarg. präc.	1 %
Ol. lauri	1 %
in Aqua dest.:	
Kal. bichromat.	0,5 %
Hydrarg. bichlor.	1 %
p-Toluylendiam.	2 %
5 % in Ol. Oliv.:	
Amerc. Terpentin orig.	

Tabelle 4
Paragruppe (Eucerin)

Anaesthesin	5 %
Marfanil	10 %
p-Aminobenzoes.	4 %
p-Aminodiphenylamin in 70 % Alk.	2 %
Novocain in Wasser	2 %

III. ERGEBNISSE

F a l l 1

Ein 60-jähriger Heizer leidet seit 5 bis 6 Jahren an Analekzem, mehrfach rezidivierend, und an Hämorrhoiden. Er wurde mit den verschiedensten Analsalben behandelt und bekam Hämorrhoiden-Zäpfchen, zuletzt Alcos-Anal-Suppositorien.

K l i n i s c h e D i a g n o s e am 4. XII. 1961: Analekzem

E p i k u t a n t e s t e :

Analekzemblock:	Anaesthesin (Euc.) 5 %	++/++
	Perubalsam (Euc.) 3 %	++/++
	Tinkt. Benzoes. off. (alkohol.) 10 %	++
Paragruppe:	Anaesthesin	++/++
	p-Aminodiphenylamin	+/+
	Novocain 2 % in Wasser	+/+

E r g e b n i s :

Bei der Testung stellte sich heraus, daß der Patient nicht nur gegen Perubalsam, sondern zugleich gegen Tinkt. Benzoe, Anaesthesin, Novocain und p-Aminodi-

phenylamin allergisch reagierte. Die Erklärung für das Rezidivieren seines Analekzems war gegeben.

F a l l 2

Ein 33-jähriger Schlosser, der früher über längere Zeit an Furunkulose gelitten hat, klagt seit 4 Monaten über ein Ekzem im Analbereich. Offenbar hat er zeitweilig Streuherde am Handrücken und Unterarm.

Berufsnoxen: Zuletzt Zentralheizungsmontage. Dabei kommt er in Berührung mit Ruß, Graphit, Schweißer-Ölen. Öle und Fette sind als Noxen unwahrscheinlich.

Die bisherige Lokaltherapie bestand aus Hämorrhoidalzäpfchen, zuletzt über längere Zeit Hexamon-Hämorrhoidalsalbe.

K l i n i s c h e D i a g n o s e am 13. XI. 1961: Analekzem

E p i k u t a n t e s t e :

Analekzemblock:	o. B.	
Paragruppe:	Marfanil	Ø/++/++
	p-Aminodiphenylamin 2 % alkoh. 70 %	Ø/+/+
Standardreihe:	P2-Salbe	Ø/++/++

Sonstiges: Am 13. XI. 1961 Soor pos. (Trägt schwarze Arbeitsanzüge).

E r g e b n i s :

Sensibilisiert gegen Marfanil und p-Aminodiphenylamin. Patient war außerdem pos. gegen Azo-Farbstoffe (schwarze Arbeitsanzüge).

F a l l 3

Eine 62-jährige Patientin ohne Beruf litt an inneren Hämorrhoiden, die 1960 behandelt wurden und abgeklungen sind. Seit 5 Jahren besteht ein rezid. Analpruritus, zeitweilig ein Analekzem. Sie verträgt angeblich verschiedene Salben nicht. In den letzten Monaten und Jahren hat die Patientin nach ihrer Angabe nur Scheriproct- bzw. Cortison-Salben benutzt, zeitweilig auch Puder.

K l i n i s c h e D i a g n o s e : Analpruritus und Hämorrhoiden

E p i k u t a n t e s t e :

Analekzemblock:	Anaesthesin (Euc.)	Ø/Ø/+
Paragruppe:	Anaesthesin	Ø/0(+)/+
	Marfanil	Ø/Ø/Ø/+
Standardreihe:	P2-Salbe	+++
	Kobalt Sulf.	Ø/Ø/++

E r g e b n i s :

Die Patientin reagiert auf Anaesthesin, Kobalt und Marfanil positiv.

F a l l 4

Ein 24-jähriger Student leidet seit 10 Jahren an Analpruritus. Im Sept. 1961 wurde er in Hannover mit Alkohol-Unterspritzung behandelt ohne Erfolg. Unzählige Salben habe er angewandt: Antibiotika-haltige Salben, Scheriproct-Suppos., Jadit-Salbe. Er habe bemerkt, daß er mehrere Salben nicht vertrug.

Klinische Diagnose: Analpruritus. Es wurden innere Hämorrhoiden festgestellt und behandelt.

Epikutanteste:

Analekzemblock:		Ø/Ø
Paragruppe:	Anaesthesin	++/++
	p-Aminodiphenylamin	Ø/++
Standardreihe:	P2-Salbe	++/+

Ergebnis:

Bei der Testung stellte sich heraus, daß der Patient gegen Anaesthesin und p-Aminodiphenylamin sensibilisiert war.

Fall 5

Ein 67-jähriger Ingenieur leidet seit 1915 an Genital-Analekzem, ständig rezidivierend. Die Analgegend, der Damm, die Inguinalfalten und der Hoden sind betroffen.

Berufsnoxen sind unwahrscheinlich (früher Bau- und Maschineningenieur). Seit 1915 wurde er mit unzähligen verschiedenen Salben behandelt.

Klinische Diagnose: Analekzem

Epikutanteste:

Analekzemblock:	Anaesthesin (Euc.) 5 %	Ø/+
Paragruppe:	Anaesthesin	+
	Marfanil	+
Standardreihe:	P2-Salbe	+/+

Ergebnis:

Die Testung ergab Sensibilisierung gegen Anaesthesin und Marfanil.

Fall 6

Eine 60-jährige Buchhalterin leidet an einem seborrhoischen Ekzem der Analgegend seit 1 Jahr. Erstlokalisation: Beide Ohren, Hals, Brust rezidivierend. Berufsnoxen konnten nicht festgestellt werden. Sie geht um mit Geld, Tinte und Kopierstift.

Die bisherige Therapie bestand in der Anwendung von Salben und Schüttelmixturen.

Klinische Diagnose: Seborrhoisches Ekzem

Epikutanteste:

Analekzemblock:	o. B.	
Standardreihe:	P2-Salbe	Ø/+/+
	Eco-Salbe	+/+
	Salbengrundlage: Adeps suillus	++/+++
Nachtestung:	Am 18. XII. 1961	
Paragruppe:	Marfanil	Ø/++
	p-Aminodiphenylamin 2 % in 70 % Alkohol	+/++/+++

Ergebnis:
Es stellt sich eine Allergie beim Testen mit P2-Salbe und Ecomytrin-Salbe heraus. Patientin reagiert pos. auf Adeps suillus. Da der Test auf die in der Ecomytrinsalbe enthaltenen Antibiotika negativ ausfällt, ist die Patientin wahrscheinlich sensibilisiert gegen die Salbengrundlage. Bei einer Nachtestung am 18. XII. 1961 reagiert die Patientin pos. auf Marfanil und p-Aminodiphenylamin.

Fall 7
Ein Transportarbeiter in einer Maschinenfabrik, 56 Jahre alt, leidet seit 1 Jahr an Analekzem. Behandelt wurde er mit Homelanum-Salbe, Volon-A-Crème und Calmitolsalbe.
Klinische Diagnose: Analekzem
Epikutanteste:

Analekzemblock:		Ø/Ø/Ø
Paragruppe:	p-Aminodiphenylamin	Ø/+/+

Ergebnis:
Die Testung ergab Sensibilisierung gegen p-Aminodiphenylamin.

Fall 8
Ein 50-jähriger Maurer hatte erstmals mit 18/19 Jahren Ekzem. Es trat auf in den Kniekehlen, an den Beinen und Armen, seit 1/4 Jahr auch an den Händen. Das Ekzem trat immer wieder auf. Vor 7-8 Jahren heilte es bei der Arbeitsunfähigkeit aus. Auch jetzt trat Abheilung bei Arbeitsruhe ein. Er steht seit 1918 im Beruf. Als Arbeitsnoxen kommen in Frage: Zement, Kalk, Beton, zuletzt auch Gips, Bitumen, Schwefel, Teer, Romanzement, Portlandzement.

Der Patient wurde in der Klinik ambulant behandelt. Angeblich sei 1957 eine Testung auf Kobalt vorgenommen worden, die negativ verlaufen sei. Seit 3 Jahren nimmt der Patient Exhorran zur Alkoholentziehung.
Klinische Diagnose: Analekzem
Epikutanteste:

Analekzemblock:	Tinkt. Benzoes. off. (alkohol.) 10 %	Ø/+

Ergebnis:
Der Patient reagierte positiv auf Tinkt. Benzoes.

Fall 9
Ein 61-jähriger Beifahrer leidet seit einigen Jahren an Hämorrhoiden. Seit 1/4 Jahr Analekzem. Der Patient hatte früher Ekzem an den Füßen. Als Berufsnoxe kommt in Frage, daß er seit 30 Jahren Kraftfahrer ist und kleine Reparaturen macht. Bei Arbeitsruhe keine Besserung. Bisher keine Behandlung.
Klinische Diagnose: Analekzem
Epikutanteste:

Analekzemblock:		Ø/Ø
Standardreihe:	P2-Salbe	Ø/Ø(+)/(+)
	Kobalt-Sulf.	Ø(+)/+/+
Paragruppe:	p-Aminodiphenylamin 2 %	Ø/Ø(+)/+

Ergebnis:
Der Patient ist sensibilisiert auf P2-Salbe, Kobalt-Sulf. und p-Aminodiphenylamin.

Fall 10
Ein 50-jähriger Zimmerer hat seit 17 Jahren Analekzem, das nie ganz abgeklungen ist. Behandlung mit verschiedenen Salben.
Klinische Diagnose: Analekzem
Epikutanteste:
Analekzemblock: Anaesthesin (Euc.) 5 % Ø/+
Ergebnis:
Auf Anaesthesin sensibilisiert.

Fall 11
Privatpatient: N. N.
Klinische Diagnose: Analekzem
Epikutanteste:
Analekzemblock: Anaesthesin (Euc.) 5 % +
Ergebnis:
Sensibilisiert auf Anaesthesin.

Fall 12
Ein 68-jähriger Schachtmeister, jetzt Rentner, leidet seit etwa 1 Jahr an einem rezidivierenden Ekzem im Bereich des Hodens und des Afters. Vor 14 Tagen starkes Rezidiv am Hoden mit Nässen. Nach Abklingen Streuherde am Bauch und Rücken. Als Berufsnoxen kommt in Frage, daß der Patient, der seit 5 Jahren Rentner ist, früher im Straßen- und Tiefbauamt der Stadt Schachtmeister war und mit Zementarbeiten und Asphalt zu tun hatte.

Bisherige Lokaltherapie: Hoden- und Analekzem wurden mit verschiedenen Salben behandelt.
Klinische Diagnose: Kontaktekzem
Epikutanteste:

Analekzemblock:	Anaesthesin	(Euc.)	5 %	Ø/+
	Menthol	(Euc.)	1 %	Ø/+
	Perubalsam	(Euc.)	3 %	Ø/+
	Extr. Hamamelis		5 %	Ø/+
	Kampfer	(Euc.)	1 %	Ø/+
	Kakaobutter	(pur.)		Ø/Ø
	Streptomycin	(Euc.)	1 %	Ø/+
	Chloramphenicol	(Euc.)	1 %	Ø/+
	Neomycin	(Euc.)	1 %	Ø+

Standardreihe:	P2-Salbe		++/+++
	Pellidol	2 %	Ø/+
	Terpentin	10 %	Ø/+
	Hydrarg. präc.	1 %	+/+
Paragruppe (Euc.):	Anaesthesin	5 %	+/+
	Marfanil	10 %	++/+++
	p-Aminobenzoe	4 %	Ø
	p-Aminodiphenylamin	2 %	
	in 70 % Alk.		++/++
	Novocain 2 % in Wasser		+/+

Ergebnis:
Pseudopolyvalente Eucerinallergie

Fall 13
Ein 51-jähriger Magaziner, der mit Baumaterialien zu tun hat, leidet seit einem halben Jahr an einem Ekzem im Bereich des Anus. Er wurde mit Salben behandelt, habe aber nur zeitweilig Besserung gespürt.
Klinische Diagnose: Analekzem
Epikutanteste:

Analekzemblock:	Tinkt. Jodi (alkohol.) 1 %	Ø/++/+++
Paragruppe:	Anaesthesin	Ø/+
	p-Aminodiphenylamin 2 % in 70 % Alk.	Ø/+

Ergebnis:
Der Patient reagiert auf Anaesthesin, p-Aminodiphenylamin und Jod.

Fall 14
Ein 39-jähriger Landwirt hat seit 2 1/2 Jahren ein Analekzem, das seither nicht mehr abheilt. Er bekam verschiedene Salben zur Behandlung. Auch Hö-So-Bestrahlung half nichts.
Klinische Diagnose: Analekzem
Epikutanteste:

Analekzemblock:	Tinkt. Jodi (alkohol) 1 %	Ø/+

Ergebnis:
Der Patient war gegen Jod überempfindlich.

Fall 15
Ein 72-jähriger Landwirt, der seit 1 Jahr an Analekzem bei inneren Hämorrhoiden leidet, gibt an, verschiedene Salben und Zäpfchen versucht zu haben, z.B. auch F 99. Selbst Scheriproct habe er nicht gut vertragen. Die Hämorrhoiden wurden in der Klinik seit 1956 in Abständen behandelt. Es trat darnach eine Furunkulose auf und im Anschluß daran das Analekzem.

Klinische Diagnose: Kontaktekzem im Analbereich
Epikutanteste:
Analekzemblock: Tinkt. Jodi (alkohol.) 1 % Ø/+
Ergebnis:
Bei der Testung konnte eine Jodüberempfindlichkeit festgestellt werden.

Fall 16
Eine 30-jährige Hausfrau hat seit 4 Jahren einen Pruritus in der Genital-Analgegend. Es wurden die bestehenden Hämorrhoiden behandelt, aber der Juckreiz trat immer mal wieder auf.

Die Hämorrhoiden waren bei der Kontrolle am 14. XI. 1961 abgeklungen, der Juckreiz war mit Volon-A-Salbe, Scheroson F com., Ficortril-Salbe, Scheriproct Suppos. und Klosterfrau-Puder behandelt worden.
Klinische Diagnose: Genito-Analekzem
Epikutanteste:
Analekzemblock: Tinkt. Jodi (alkohol.) 1 % Ø/+
Ergebnis:
Bei der Testung reagierte die Patientin auf Jod positiv.

Fall 17
Ein 57-jähriger Mechaniker machte im Januar 1962 eine Gallenoperation durch. Seither traten Hämorrhoiden auf und ein Analekzem. Die bisherige Lokaltherapie bestand in Scheriproct-Suppos. und Salben.
Klinische Diagnose: Kontaktekzem in der Analgegend
Epikutanteste:
Analekzemblock: Tinkt. Jodi (alkohol.) 1 % +/+
Ergebnis:
Überempfindlichkeit gegen Jod.

Fall 18
Ein 53-jähriger Magaziner leidet seit 3 Jahren an Juckreiz im Analbereich. Ein wesentliches Ekzem ist nicht vorhanden. Behandelt wurde er bisher mit verschiedenen Salben und Suppositorien.
Klinische Diagnose: Analekzem
Epikutanteste:
Analekzemblock: Ø/Ø
Ergebnis:
Bisheriges Testergebnis negativ.

Fall 19
Ein 38-jähriger Landwirt leidet seit 1 Jahr an Analekzem. Die Behandlung bestand offenbar aus Zinklotio oder Zinkpaste. Wurmtabletten wurden ihm gegeben und verschiedene Salben. Da das Ekzem immer wieder auftritt, muß eine Allergie angenommen werden. Als Noxe kommen vielleicht Wurmtabletten oder Bestandteile verschiedener Salben in Frage.

Klinische Diagnose: Analekzem
Epikutanteste:
Analekzemblock: Ø/Ø/Ø
Ergebnis:
Bisher negativ.

Fall 20
Ein 58-jähriger Mann ohne Beruf leidet seit Jahren an Analekzem. Angeblich sei er nie darauf behandelt worden.
Klinische Diagnose: Analekzem
Epikutanteste:
Analekzemblock: Ø/Ø
Ergebnis:
Negativ.

Fall 21
Ein 30-jähriger Student leidet seit 6 Jahren an Hämorrhoiden und seit 1. I. 1962 an Analekzem. Die Behandlung bestand bisher in der Verabreichung von Zäpfchen und Salben.
Klinische Diagnose: Analekzem
Epikutanteste:
Analekzemblock: Ø/Ø
Ergebnis:
Das Testergebnis war bisher negativ.

Fall 22
Ein 55-jähriger Korrektor arbeitet seit seinem 25. Lebensjahr im Buchdruckereifach mit Blei, Papier und Druckfarbe. Er hat vor 2 Monaten ein Analekzem gehabt, das zur Zeit abgeheilt ist. Der Juckreiz ist geblieben. Auch im Nasolabialbereich spürt er seither einen Juckreiz.

Die Behandlung bestand bisher in der Verwendung von Lasonil-Salbe "Bayer".
Klinische Diagnose: Analekzem
Epikutanteste:
Analekzemblock: Ø/Ø/Ø
Ergebnis:
Wahrscheinlich handelt es sich hier um ein "Nicht vertragen" der Lasonil-Salbe, die pharmakogen reizt. Testergebnis negativ.

Fall 23
Ein 59-jähriger Maschinenschlosser, der seit 45 Jahren in seinem Beruf steht, leidet seit 35 Jahren an einem rezidivierenden Ekzem der Analgegend, das immer stärker wird. Er wurde in der Klinik mehrfach stationär behandelt. Die bisherige Therapie bestand in Teerpräparaten und unzähligen Salben.

Klinische Diagnose: Nummuläres Ekzem
Epikutanteste:
Analekzemblock: Ø/Ø/Ø
Ergebnis:
Die Testungen waren negativ.

Fall 24
Ein 48-jähriger Elektrotechniker leidet seit 3 Jahren an inneren Hämorrhoiden. Die bisherige Behandlung bestand aus Zäpfchen und Salben.
Klinische Diagnose: Analekzem
Epikutanteste:
Analekzemblock: Ø/Ø
Ergebnis:
Testergebnis negativ.

Fall 25
Ein 47-jähriger Amtsbote ist gelernter Maler, konnte diesen Beruf wegen einer Schußbruchverletzung am rechten Oberarm mit Osteomyelitis nicht mehr ausüben. Er war dieser Krankheit wegen in der Klinik in chirurgischer Behandlung im Juni/Juli 1961. Seit dieser Zeit leidet er auch an Analekzem. Die Behandlung des Ekzems bestand in der Verabreichung von verschiedenen Zäpfchen, zuletzt Anusol-Suppositorien und Kamillenspülung.
Klinische Diagnose: Analekzem
Epikutanteste:
Analekzemblock: Ø/Ø/Ø
Ergebnis:
Negativ.

Fall 26
Eine 40-jährige Hausfrau leidet seit längerer Zeit an Hämorrhoiden und Fluor. Es besteht ein Anal-Genital-Ekzem, das seit einigen Jahren rezidiviert. Trichomonaden wurden festgestellt.
Behandelt wurde die Patientin mit Pyktanin-Lösung, Sagrotan, Sterosan-Salbe und Devegan.
Klinische Diagnose: Konserv. Analekzem, Fluor, Anal-Genital-Ekzem, Hämorrhoiden.
Epikutanteste:
Analekzemblock: Ø/Ø/Ø
Ergebnis:
Negativ.

Fall 27
Ein 56-jähriger Beamter mit einem Anal-Genital-Ekzem leidet schon seit längerer Zeit an einem Pruritus. Seit 4 bis 6 Wochen ist ein Analekzem aufgetreten.

Ein inguinales Ekzem wurde in der Klinik behandelt. Der Patient bekam cortisonhaltige Salben und Zinköl, angeblich keine Hämorrhoidal-Salben und Zäpfchen. Der Patient hatte am 25. IX. 1961 in der Krecke-Klinik eine Bruchoperation machen lassen. Anschließend sei das Ekzem aufgetreten.

K l i n i s c h e D i a g n o s e : Anal-Genital-Ekzem

E p i k u t a n t e s t e :

Analekzemblock: ø

Standardreihe: Kalibichromat 0,5 % +

E r g e b n i s :

Der Patient reagierte auf Kalibichromat positiv. Die Testung des Analekzemblocks verlief negativ.

F a l l 28

Eine 39-jährige Hausfrau leidet seit der ersten Geburt vor 2 Jahren an Hämorrhoiden. Eine ärztliche Behandlung sei nicht erfolgt. Sie habe verschiedene Salben angewandt.

K l i n i s c h e D i a g n o s e : Innere Hämorrhoiden, Kraurosis vulvae, Genital-Anal-Ekzem

E p i k u t a n t e s t e :

Analekzemblock: ø/ø

E r g e b n i s :

Negativ.

F a l l 29

Eine 41-jährige Friseuse leidet seit 10 Jahren an inneren Hämorrhoiden. Sie wandte viele Suppositorien und Salben an, unter anderem Hämocura.

K l i n i s c h e D i a g n o s e : Psoriasis, innere Hämorrhoiden

E p i k u t a n t e s t e :

Analekzemblock: ø/ø

E r g e b n i s :

Die Testung verlief negativ.

F a l l 30

Ein 51-jähriger Gärtner, der von 1943 bis 1947 in Gefangenschaft war, leidet an Hämorrhoiden. Vor 3 Jahren trat ein Analekzem auf. Jetzt hat der Patient seit 3 bis 4 Monaten wieder ein Analekzem und Schmerzen im After.

Die bisherige Behandlung bestand in Eichenrindenwaschungen, Azurblau und Salbe, früher Combison-Salbe.

K l i n i s c h e D i a g n o s e : Analekzem

E p i k u t a n t e s t e :

Analekzemblock: ø/ø

E r g e b n i s :

Negativ.

Fall 32

Ein 57-jähriger Angestellter leidet seit 10 Jahren an Hämorrhoiden. Zur Zeit besteht ein Analekzem. Zeitweilig habe er einzelne Herde am Oberschenkel gehabt. Der Patient, der früher Bäcker war und zeitweilig auf einem Bau arbeitet, ist seit 12 Jahren in einem Büro tätig. Die bisherige Therapie bestand in der Verabfolgung von Hämorrhoidalpräparaten.

Klinische Diagnose: Analekzem

Epikutanteste:

Analekzemblock: Ø/Ø/Ø

Ergebnis:

Negativ.

Fall 33

Eine 46-jährige Hilfsarbeiterin leidet seit etwa 2 Jahren an rezidivierenden äusseren Hämorrhoiden. Sie wandte verschiedene Hämorrhoidalsalben und Abführmittel an ohne ärztliche Beratung. Zur Zeit besteht ein Ekzem.

Klinische Diagnose: Hämorrhoiden

Epikutanteste:

Analekzemblock: Ø/Ø/Ø

Ergebnis:

Negativ.

Fall 34

Ein 25-jähriger Beamter leidet seit 1 Jahr an Analekzem. Er wurde mit Silbernitratlösung behandelt und bekommt zur Zeit Scheriproct-Salbe. Früher sei er angeblich nie behandelt worden.

Klinische Diagnose: Analekzem

Epikutanteste:

Analekzemblock: Ø/Ø

Ergebnis:

Negativ.

Fall 35

Eine 52-jährige landwirtschaftliche Arbeiterin litt seit Jahren an Hämorrhoiden, die nach Behandlung abgeklungen sind. Zur Zeit besteht eine Kraurosis vulvae, die bereits seit Jahren mit verschiedensten Salben und Tinkturen behandelt wurde, unter anderem auch mit Tinkt. Arnica off., die offenbar nicht vertragen wird.

Klinische Diagnose: Kraurosis vulvae, konserv. Analekzem

Epikutanteste:

Analekzemblock: Ø/Ø/Ø

Paragruppe: Ø/Ø/Ø

Ergebnis:

Negativ.

Fall 36

Ein 57-jähriger Magaziner leidet seit 5 Jahren an Juckreiz im Analbereich. Kein wesentliches Ekzem. Bisherige Lokaltherapie: Verschiedene Salben.

Klinische Diagnose: Analekzem

Epikutanteste:

Analekzemblock: ø

Ergebnis:

Negativ.

Fall 37

Ein 47-jähriger Regierungsamtmann leidet seit etwa 5 Jahren an Analekzem, das nie ganz abgeheilt ist. Behandlung durch Homöopathie. Bisherige Lokaltherapie: Verschiedene Salben und Eigenblutinjektionen.

Klinische Diagnose: Analekzem

Epikutanteste:

Analekzemblock: ø/ø/ø

Ergebnis:

Negativ.

Fall 38

Ein 50-jähriger Schleifer leidet seit 1/2 Jahr an Analekzem. Er verwandte verschiedene Salben und Flüssigkeiten.

Klinische Diagnose: Analekzem

Epikutanteste:

Analekzemblock: ø/ø

Ergebnis:

Negativ.

IV. BESPRECHUNG DER ERGEBNISSE

Von den 38 getesteten Patienten reagierten 18 positiv (siehe Tabelle 5: Zusammenstellung der positiv getesteten Fälle).

Aus der Kasuistik geht hervor, daß bei 13 Fällen die Testergebnisse signifikant für das klinische Bild waren. Offensichtlich waren dort die angewandten Medikamente die Noxen für die Kontaktallergene.

Bei 5 Patienten fand sich eine odallergie, 2 hatten eine Kobaltüberempfindlichkeit, 2 reagierten positiv auf die Salbengrundlage, einer positiv auf Kalibichromat. Bei den restlichen 20 Patienten konnte eine Kontaktallergie nicht nachgewiesen werden.

Der hier angewandte Untersuchungsgang hat sich als brauchbar erwiesen. Der aufgestellte Analekzemblock sollte daher bei allen verdächtigen Fällen getestet werden.

Da die durch Kontaktallergie verursachten Erkrankungen der Haut aus der Morphe der Ekzeme nicht erkennbar sind, bleibt die Testung als einziges Mittel zur Erkennung der Erkrankungen.

Eine Desensibilisierung der Haut war bisher nicht möglich. Es bleibt zur Therapie nur die Vermeidung der Noxen übrig. Zum mindesten sollten aus den Heilmitteln die Bestandteile herausgelassen werden, die mit großer Wahrscheinlichkeit Kontaktallergene sind.

Neuerdings werden Cortisonpräparate in den Handel gebracht, die nicht sensibilisieren, sondern die Entzündung hemmen, so daß die Ekzeme ausheilen können.

Die Anwendung des Analekzemblockes wird dadurch nicht überflüssig; seine Zusammensetzung wird sich je nach den Gegebenheiten ändern müssen.

Tabelle 5
Zusammenstellung der positiv getesteten Fälle

Fall Nr.	Benzocain	Menthol	Perubalsam	Extr. Hamamelis	Campher	Kakaobutter	Streptomycin	Chloramphenicol	Neomycin	Tinct. Benzoes. off.	Phenol	Tinct. Jodi	Marfanil	pAminobenzoes.	pAminodiphenylamin	Procain	Bemerkungen
1	+		+							+					+	1	
2													+				
3	+												+				Kobalt +
4	+														+		
5	+												+				
6													+		+		Adeps suillus +
7															+		
8										+							
9															+		Kobalt +
10	+																
11	+																
12																	Euc. Allergie
13	+											+			+		
14												+					
15												+					
16												+					
17												+					
27																	Kalibichromat +
zus.	7		1							2		5	4		6	1	

V. ZUSAMMENFASSUNG

Die Probleme, die die Kontaktallergie bei Analekzem umfassen, wurden in der Literatur verfolgt und an praktischen Fällen zu lösen versucht. Dabei hat sich das Testen mit dem Analekzemblock als unentbehrlich erwiesen. Bei einem Drittel der untersuchten Fälle konnte Klärung erzielt werden.

Wenn auch hier nur ein beschränktes Teilgebiet der Allergie behandelt werden konnte, so deutet doch alles auf die Problematik der Allergie hin, die jedes Krankheitsgeschehen berührt.

VI. LITERATURVERZEICHNIS

1. ALEXANDER, R. und MANHEIM: The effect of hydrocortisone acetate vintment on pruritus ani. J. Invest. dermat., Bd. 21, S. 223 225 1953

2. BANDMANN, H. J.: Neuere medikamentäre und berufliche Kontaktallergene. Fortschritte der prakt. Dermatol. und Venerologie, Bd. 3, S. 70-79 1960

3. BECKER, K. J.: Das Analekzem, seine Heilung, bzw. Verhütung. Münchner Med. Wochenschrift, S. 168 1955

4. BÖHM, C.: Der anale Symptomenkomplex. Dermatologie und Venerologie. Bd. III, T. 1, S. 241-264 Stuttgart, Thieme-Verl. 1959

5. BÖHM, C.: Die Behandlung des pruriginösen Analkomplexes. Zentralbl. f. Haut- und Geschlechtskrankheiten. Bd. 73 (Sitzungsber. d. Dermatol. Tagung in Hamburg) 1949

6. BONNEVIE, P.: Aethiologie und Pathogenese der Ekzemkrankheiten. Kopenhagen-Leipzig, Nyt Nordisk-Johann Ambros. Barth 1939

7. DOERR, R.: Allergie. Wien, Springer-Verl. 1951

8. DOHN, W.: Kontaktallergien gegen Antibiotika. Der Hautarzt. 11. Jg., 10. H., S. 433-440 1960

9. ENGELHARDT, A.W.: Das allergische Kontaktekzem in seiner Bedeutung für Praxis und Klinik. Münchner Med. Wochenschrift, S. 102 1960

10. FEREIRA - MARGUES: Zur Auffassung und Therapie des Pruritus ani. W.G.O. "Filohaklin" f. Haut- u. Geschlechtskrankheiten, Bd. 197, S. 85-90 Addis Abeba 1953

11. FROMER, J. L.: Dermatologische Auffassungen und Behandlung des Pruritus ani. Americ. J. Surg., Bd. 90, S. 805-815 1955

12. HANSEN, K.: Allergie. Stuttgart, Thieme-Verl. 1957

13. HAILEY, H.: Pruritus ani et vulvae. J. Amer. Med. Assoc., Bd. 139, S. 837-840 (Ann. Sess. of Amer. Med. Assoc. Sect. on Dermatol. and Syphilol.) 1949

14. IPPEN, H.: Chemie der Allergene. Aesthet. Med. 9. Jg., H. 10, S. 291-300 1960

15. KNIERER, W.: Bemerkungen zur Behandlung des Pruritus und Ekzema ani. Med. Wochenschr. Bd. I, S. 25-27 1947

16. LANDSTEINER, K. und JACOBS, J.: Versuche an Meerschweinchen. J. exp. Med. 64, 625 1936

17. MARUGÁN, J.L.: Kontaktekzeme, die während der Behandlung von Ano-Rectalerkrankungen auftreten. Med. chir. Bd. 34, S. 239-243 Barcelona 1960

18. MUSAPH, H. u. PRAKKEN: Pruritus anogenitalis. Nederl. Tijdschr. Geneesk. S. 290-295 1953

19. PAYÁ DIAZ: Ein Fall von chronischem Ekzem hervorgerufen durch Bakterium coli, Enterococcos und Fecalis alcaligenes. Actas dermo-sifiliogr. B. 46, S. 134-137 1954

20. RICHTER, R.: Ethnographische Dermatologie. Dermatologie u. Venerologie. Bd. I, T. 2, S. 885 Stuttgart, Thieme-Verl. 1959

21. SCHNEIDER, W. u. H. WAGNER: Kontaktdermatitis.
Dermatologie und Venerologie
Bd. III, T.1, S. 443-503
Stuttgart, Thieme-Verl. 1959

22. SPIER, H.W.: Zur Pathogenese des allergischen Kontaktekzems.
Berl. Med. Bd. 10, S. 121-124 1919

23. STREMPEL, R.: Epikutane Sensibilisierung und Kontaktekzeme durch häufig verordnete Medikamente.
Ann. Univ. Saroviensis, Bd. 2, S. 3-8 1954

24. SUTTON, R.L.: Contact Dermatitis.
Arch. of Dermat. Bd. 59, S. 36-44 1949

25. VOGEL, Fr.: Gallenstoffwechsel und Pruritus ani.
Diss. Colon. Rectum 2, Bd. 2,
S. 366-368 1959

26. WAGNER, G.: Altersveränderungen der Haut, Altersdermatosen.
Dermatologie u. Venerologie.
Bd. IV, S. 797
Stuttgart, Thieme-Verl. 1959

27. WALDBOTT, G.L.: Kontaktdermatitis.
Springfield, Charles C. Thomas 1953

LEBENSLAUF

Am 2. Juli 1895 wurde ich, Magdalene van Rinsum, geb. Fischer, als Tochter des Pastors Otto Wilhelm Fischer und seiner Ehefrau Johanne, geb. Hartje, in Steimbke, Kreis Nienburg/Weser, geboren. Dort besuchte ich die Volksschule. Seit 1907 konnte ich die Höhere Töchterschule in Hannover und nach deren Abschluß die Studienanstalt realgymnasialer Richtung "Sophienschule" in Hannover besuchen, an der ich 1915 das Abitur machte.

Anschließend studierte ich Medizin in Marburg, Heidelberg, München und Göttingen. Das Physikum absolvierte ich 1917 in Marburg. 1920 bestand ich das Staatsexamen in Göttingen.

Praktisch tätig war ich an verschiedenen Kliniken. In München arbeitete ich 2 Monate in der II. Medizinischen Klinik unter Professor Fr. von Müller, 3 Monate in der Döderlein'schen Frauenklinik; in Göttingen war ich längere Zeit in der Chirurgischen Klinik und Poliklinik als Koassistentin unter Professor Stich tätig und während zweier Monate in der Kinderklinik bei Professor Göppert.

1920 heiratete ich den Diplom-Ing. Anton van Rinsum, damals Regierungsbaumeister in Regensburg. Dort absolvierte ich unter Geheimrat Dörfler mein praktisches Jahr am Evang. Krankenhaus und bekam am 17. Januar 1922 die ärztliche Approbation.

Da mein Mann Staatsbeamter war, war mir weitere ärztliche Tätigkeit untersagt. Erst als ich 6 Kinder geboren hatte, wurde ich nach einjähriger Tätigkeit bei dem Chirurgen Dr. C. W. Schauffler, Deggendorf/Donau, zu den Ersatzkassen zugelassen. 1938 übersiedelten wir nach München. Im Januar 1939 wurde ich dienstverpflichtet und übernahm vertretungsweise verschiedene Praxen, zuletzt die von Dr. med. Gugger in München/Großhadern. Seit 1942 bin ich als Kassenärztin selbständig tätig.